

## **Sozialkonstruktivistische Gedanken zu einem inklusiven kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungs- system**

Eugene K. Epstein

### **Zusammenfassung**

*Dieser Artikel beschreibt, wie sozialkonstruktivistische Gedanken zu einem inklusiven kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystem beitragen könnten.*

*Schlüsselwörter: Sozialer Konstruktivismus, Kinder- und Jugendpsychiatrie*

### **Abstract**

*Social-constructionist thoughts on inclusive child and adolescent health care systems*

*This article shows how social constructionist theory can be applied to the field of child and adolescent psychiatry in order to create a more inclusive and humane treatment system.*

*Keywords: social constructionism, child and adolescent psychiatry*

*„By 2020 it will be a truth, obvious to all, that mental illnesses are brain diseases that result from complex gene-environment interactions.“  
(S. Hyman<sup>1</sup>)*

*„The medico-pharmaceutical industrial complex will continue to evolve until a brave new world is upon us – a time when not being on pharmaceutical drugs will be viewed as deviant and dangerous. Signs of this are already emerging, as when one parent accuses another of child abuse when he or she refuses to put their child on the latest cure-all drug. Or maybe I’m just paranoid and need to increase my own medication.“  
(R. DeGrandpre<sup>2</sup>)*

1) ehemaliger Direktor des National Institute of Mental Health (NIMH)

2) zitiert in Shaughnessey (2005)

### Auf dem Weg zu einer Psychiatrisierung der Kindheit?

Ein niedergelassener Kinderarzt im Gespräch mit einem Kinderpsychiater aus unserer Klinik rund um das Thema ADHS Diagnostik und Behandlung: „Wenn ich denke, dass ein Kind Methylphenidat benötigt, dann schicke ich die Familie zu einer Nachbarklinik, und wenn ich denke, dass ein Kind Beziehung braucht, dann schicke ich sie zu euch.“

*Zeitgeist und  
Diagnose-  
schwemme*

Die Psychiatrisierung von Kindheit läuft auf Hochtouren. Evidenzbasierte Methoden sollen all die neu erfundenen „Störungen mit Krankheitswert“ wegtherapieren. Wenn Ritalin für das lebhafteste 5-jährige Kind nicht ausreicht, wird mit Antidepressiva und Neuroleptika getüftelt. Ein Beispiel für den Zeitgeist: Eine niedergelassene Kinderärztin fragte neulich einen Kollegen nach dem ICD-10 Diagnoseschlüssel für Hochbegabung. Diagnosen nach dem Motto „je mehr, desto besser“.

Ähnlich wie bei den sogenannten „Hyperaktivitäts-“ und „Adoleszenzdepressionsepidemien“ der letzten Jahrzehnte erreicht uns nun eine Welle der Diagnose „Bipolare Störung“ aus den USA, durchaus von der Pharmaindustrie unterstützt. Dort werden auch Kinder im Kindergartenalter mit nebenwirkungsreichen Neuroleptika (oder ehemals „Antipsychotika“) behandelt. In mehreren Bundesstaaten der USA werden über 60% der Kinder und Jugendlichen, die in Erziehungsstellen leben, mit Psychopharmaka behandelt.

*Medikation im  
Kontext*

Eine gemeinsame Studie der Rutgers und Columbia Universitäten in den USA zeigt, dass sich im Zeitraum von 1999 bis 2007 die Rezeptierung von Antipsychotika für privat krankenversicherte 2- bis 5-jährige Kinder verdoppelt hat (Olfson et al. 2010). Interessanterweise waren weniger als die Hälfte dieser Kinder bisher bei PsychiaterInnen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen in Behandlung gewesen. Eine frühere Studie dieser ForscherInnen belegt, dass Unterschichtskinder, die bei der staatlichen Krankenkasse Medicaid versichert sind, eine vierfach größere Chance haben, Antipsychotika verabreicht zu bekommen, als privat versicherte Mittelschichtskinder (Crystal et al. 2009).

Der amerikanische Wissenschaftsjournalist und Bestsellerautor Robert Whitaker hat 2005 in einem Interview die gegen-

wärtige expandierende Praxis, Kindern und Jugendlichen Psychopharmaka zu verabreichen, folgendermaßen beschrieben: „Sie können sich kaum vorstellen, wie vielen jungen Leuten man als Kindern erzählt hat, dass sie psychisch krank seien, dass etwas mit ihnen nicht stimme. Es ist einfach phänomenal. Es ist absolut schrecklich, Kindern zu erzählen, dass sie einen Gehirnschaden haben und eine seelische Krankheit. Hier geschieht zweierlei. Zum einen ist das natürlich kompletter Unsinn. Wenn Sie sich an Ihre Kindheit erinnern, so wissen Sie, dass Sie als Kind sehr viel Energie haben, Sie benehmen sich gelegentlich in unüblicher Weise und Sie haben extreme emotionale Schwankungen, besonders im Teenageralter. Kinder und Teenager können sehr emotional sein. Man geht also hin, betrachtet kindliches Verhalten und fängt an, unerwünschtes Verhalten als krank zu definieren. Man definiert zunächst unangenehme Gefühle als pathologisch. Das ist ein Aspekt ihres Tuns, sie pathologisieren die Kindheit mit durchsichtigem Definitionsgeschwätz. Wir pathologisieren die Schwächen unserer Kinder“ (Messman 2005, S. 11).

Der pathologieorientierte, evidenzbasierte Fokus des schulmedizin-dominierten Gesundheitsversorgungssystems fordert von BehandlerInnen aller Disziplinen ständig neue, individualisierte und entpolitisierte Beschreibungsweisen für die komplexen Herausforderungen des Alltags. Richard DeGrandpre geht sogar so weit, psychiatrische Medizin als eine Lobbyorganisation für die Pharmaindustrie zu bezeichnen. Aus seiner Sicht sollte die seelische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen als sozialpolitisches Thema und nicht als ein medizinisches Thema behandelt werden (in: Shaughnessey 2005).

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Liste der anerkannten psychopathologischen Diagnosen stetig anwächst. Während wir in den 50er Jahren noch mit circa fünfzig Psychopathologien ausgekommen sind, haben wir derzeit einige Hundert in Gebrauch und die Liste wächst stetig. Der Expansionismus der Pathologiefinder scheint keine Grenzen zu kennen. So ist zum Beispiel für den neuen DSM-V das „Psychosis Risk Syndrome“ oder „Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome“ vorgeschlagen. Mit diesen Diagnosen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche fälschlicherweise als psychosegefährdet eingestuft werden und damit auch ein neuer Markt für atypische Neuroleptika erschlossen wird (Cornblatt & Correll 2010).

*„Man geht also hin, betrachtet kindliches Verhalten und fängt an, unerwünschtes Verhalten als krank zu definieren“*

*Sozialpolitische  
versus medizinische  
Thematisierung*

*Psychopathologien  
mit (un)gesunden  
Wachstumsraten*

*Praktiken der Exklusion sind auch in Deutschland weiterhin überall vorhanden*

### **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inklusion: Ein Widerspruch?**

Obwohl das Thema Integration intensiv diskutiert wird und Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unterzeichnet hat, sind Praktiken der Exklusion weiterhin überall vorhanden. Viele Praktiken der Exklusion sind in unserem Bildungssystem und Arbeitsmarkt eingebettet und werden von begutachtendem und diagnostizierendem Fachpersonal der Kinderpsychiatrie unterstützt, beispielsweise bei der Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs. Den Trend beschreibt Georg Feuser folgendermaßen: „Eine lautlos schleichende Psychiatrisierung und Hospitalisierung (...) hat längst und unter den Augen der Integration stattgefunden; das zu einer Zeit, zu der mehr denn je von Enthospitalisierung die Rede ist. Ohne gelingende Integration bleibt Enthospitalisierung eine Worthülse, eine berechnete Forderung zwar, aber ohne Wirkung“ (Feuser 2002, S. 11).

Auch wenn wir dem kinder- und jugendpsychiatrischen Fachpersonal altruistische, wohlwollende und helfende Absichten zuschreiben: Inwieweit sind Prozesse der Pathologisierung, Medikalisierung und Exkludierung unvermeidliche *Nebenkosten* dieser Hilfe? Muss Kinder- und Jugendpsychiatrie per Definitionem exkludierend sein? Sind die Theorien der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Theorien zu Inklusion gegensätzlich und unvereinbar?

### **Kinder- und Jugendpsychiatrie und soziale Kontrolle**

Die letzten zwei Jahrzehnte zeigen eine zunehmende Tendenz, Instrumente der Macht in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen anzuwenden, u. a. Psychopharmaka, stationäre Klinikaufenthalte und freiheitsberaubende Maßnahmen. Zur Rolle der Psychopharmaka schreibt Castell: „Mit der Einführung der Psychopharmaka in die Medizin, insbesondere die Psychotherapie in der Mitte des 20. Jahrhunderts hat die Vergegenständlichung des Menschen zugenommen, deutlicher gesagt, die Inanspruchnahme durch die Herrschaft des Totalen weiter Einzug auch in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gehalten. Dabei setzen wir das Mittelmaß des seelischen Funktionierens als Wert an und erreichen es in berechnendem Umgang

*Instrumente der Macht in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen*

mit dem zum Objekt gesetzten Menschen. Psychopharmaka gehören so gesehen ihrem Wesen nach in den Geltungsbereich des ‚Willen zur Macht‘.“ (Castell 2008, S. 274)

Im Zeitraum von 2000 bis 2008 verringerte sich die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen in Deutschland um ca. 10 %, gleichzeitig stieg die Zahl der 15- bis 19-Jährigen in stationär psychiatrischer Behandlung um 42 %<sup>3</sup>. In den fast 20 Jahren meiner Tätigkeit hat sich in Niedersachsen die Anzahl der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie verdoppelt und die Anzahl der geschlossenen stationären Klinikplätze vervierfacht. Sind unsere Kinder und Jugendlichen dadurch besser versorgt? Sind sie und wir sicherer geworden?

In der selben Zeit sind die Kommunen unter erheblichen Kostendruck geraten, und damit auch die Jugendhilfe. Der verkürzte Personalschlüssel erhöht die Tendenz, „schwer erziehbare“ Kinder und Jugendliche zu psychiatrisieren. So sind Kinder, die durch Psychopharmaka *ruhig* gestellt werden, möglicherweise leichter zu betreuen. Durch die verbreitete Vergabe von Psychopharmaka könnten soziale Einrichtungen mit kostengünstigen Personalschlüsseln auskommen. Sollten Kinder oder Jugendliche Auffälligkeiten oder Bedürfnisse zeigen, die die enger gewordenen Ressourcen der Einrichtungen überschreiten, wird Hilfe und Entlastung durch die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie gesucht.

Interessanterweise werden ambulante, niedrighschwellige Maßnahmen in der Jugendhilfe immer weniger eingesetzt, während die Zahl der Inobhutnahmen wächst. Infolge der brisanten Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle der letzten Jahre neigen die Jugendämter schneller zu Inobhutnahmen und Anträgen auf Sorgerechtsentzug. Auch in der Jugendhilfe zeigt sich ein Trend zur vermehrten Anwendung von Instrumenten der Macht. Die Angst der Ämter, etwas zu übersehen, kombiniert mit den finanziellen Zwängen der Kommunen, führt rasch zu der Entscheidung, Kinder und Jugendliche unabhängig von der Indikation vorübergehend in einer Klinik zu „parken“.

In Niedersachsen wurde in 2010 die erste geschlossene Jugendhilfeeinrichtung eröffnet. Hat eine dramatisch wachsende

*Psychiatisierung und Medikalisierung im Kontext von Kostendruckargumenten*

3) Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2008

Epidemie der Auffälligkeiten und Psychopathologien die Ausweitung der Machtinstrumente nötig gemacht? Oder hat es einen Wandel unseres Verständnisses des Sozialen gegeben? Hat sich unser Verständnis von Solidarität, Fürsorge, Toleranz und gesellschaftlicher Teilhabe verändert? Sind Kinder und Jugendliche heute kränker geworden oder haben wir gemäß unseren Therapieansätzen den Bedarf selbst erzeugt?

### Kinder- und Jugendpsychiatrie, Expertismus und Macht

*Kolonialisierung der PatientInnen*

ExpertInnen bedienen sich der gesellschaftlich anerkannten Sprachformeln psychologischer *Erzählung* und Deutung sowie psychiatrischer Klassifikation und erwarten von „guten PatientInnen“, dass sie sich den dominanten Beschreibungen und Denkstilen und ihrem Wandel anpassen. Mitunter gilt es, durch entsprechendes Informieren, Insistieren und Prophezeien die Freiwilligkeit zu einer Therapie erst herzustellen. Jon Amundson und Kenneth Stewart (1993) sprachen in diesem Zusammenhang von einem kolonialen Diskurs bzw. der Kolonialisierung der PatientInnen. Durch Exploration und Aufstellung eines Behandlungsplanes liegt die Initiativfunktion vornehmlich beim Profi. Die PatientInnen geben ihre Probleme in die Hände der ExpertInnen. Nicht selten werden sowohl die Fragen als auch die Antworten bezüglich effektiver Therapie von den Fachleuten selbst formuliert. Dabei besteht die Gefahr, dass die Sichtweisen der KlientInnen nicht zur Sprache kommen und damit ihre aktive Teilnahme an der Formulierung von Problem und Lösung verloren geht.

Auch systemisch und narrativ orientierte PsychotherapeutInnen sind Teil dieses „psychotherapeutisch-industriellen Komplexes“ und müssen sich darin positionieren. Die Entwicklung der sozialkonstruktivistischen Theorie stellt den Versuch dar, explizit der Stimme und den Geschichten der PatientInnen Raum zu geben.

### Konstruktivismus und Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Wir müssen die Kraft des Neubeschreibens erkennen. Durch Sprache werden neue und unterschiedliche Dinge möglich und wichtig. Dies können wir jedoch erst wertschätzen, wenn unser Ziel nicht mehr darin liegt, die Eine Wahre Beschreibung zu finden, sondern darin, unser Repertoire an alternativen Beschreibungen zu erweitern.*  
(Richard Rorty)

Die sozialkonstruktivistische Theorie betont die Bedeutung der Ko-Konstruktion von Realitäten, Rationalitäten und Wertvorstellungen. Der Prozess der Ko-Konstruktion ist relational, er findet in Beziehung statt. Bedeutung in diesem Sinn wird lokal erzeugt und ist weder universell noch essentiell. Sie bleibt stets in Fluss (vgl. Gergen & Epstein 2005). Der sozialkonstruktivistische Ansatz unterstützt die Idee, dass unsere multiplen und sich ständig verändernden Wirklichkeiten aus der Sammlung der uns zur Verfügung stehenden und sich ständig verändernden Erzählungen entstehen. Aus meiner Sicht kann ein sozialkonstruktivistisch und narrativ-orientierter Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine verstärkte Inklusion von marginalisierten Stimmen voranbringen. Eine konstruktivistisch und narrative-orientierte kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung orientiert sich an folgenden Leitgedanken:

*Sozialkonstruktivistische Theorie als entschiedener Versuch, der Stimme und den Geschichten der PatientInnen explizit Raum zu geben*

### Hilfe kann schädlich sein!<sup>4</sup>

*„Eine der verbreitetsten Krankheiten ist die Diagnose.“*  
(Karl Kraus)

Den sozialkonstruktivistischen Ansätzen zufolge sind wir als TherapeutInnen und BeraterInnen an der Konstruktion von neuen Klientengeschichten aktiv beteiligt und mitverantwortlich. Die psychiatrische Diagnostik weist mitunter eine lange Halbwertszeit auf. Künftige biographische Weichenstellungen zu Ausbildung, Beruf, Partnerschaft etc. folgen nicht selten einstmals getroffenen diagnostischen Zuschreibungen. Im schlechtesten Fall kann dies zu weiteren Exklusionserfahrungen führen. Kurzum, die kinder- und jugendpsychiatrische Expertise kann eine Langzeitwirkung aufweisen.

*Künftige biographische Weichenstellungen folgen nicht selten einstmals getroffenen diagnostischen Zuschreibungen*

4) Chinesisches Sprichwort: „Warum sind Sie mit mir ärgerlich, ich habe Ihnen noch nie zu helfen versucht!“

Auch wenn es mit der Absicht geschieht, helfen zu wollen oder Kosten erstattet zu bekommen, sind wir an der Konstruktion, Verfestigung oder sogar Chronifizierung einer „Patientenkarriere“ durch unsere Schriftstücke beteiligt. Es ist daher sinnvoll, sich eine akute Sensitivität für die iatrogenen und exkludierenden Nebenwirkungen psychiatrischer Diagnosen, Berichte, Arztbriefe, Stellungnahmen usw. zu bewahren.

### Ambulante vor stationären Maßnahmen

*Ambulante Maßnahmen sind weniger invasiv, weniger stigmatisierend und sie fördern vorhandene Ressourcen*

Eine sozialkonstruktivistisch-orientierte Kinder- und Jugendpsychiatrie bevorzugt ambulante gegenüber stationären Maßnahmen. Ambulante Maßnahmen sind weniger invasiv, weniger stigmatisierend und weniger störend. Ambulante Maßnahmen fördern vorhandene Ressourcen und unterstützen Kinder und Jugendliche in ihren vertrauten und gewohnten Umgebungen. Sie sind auch kostengünstiger als stationäre Maßnahmen.

Trotz dieser vielen Vorzüge sind die ambulanten Einrichtungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Landschaft eher klein gehalten, während die stationären Bereiche expandieren. Mehr Klinikbetten bedeuten mehr Geld für das Krankenhaus und mehr Ansehen für den Chefarzt oder die Chefärztin. Vier bis fünf Übernachtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kosten mehr als ein ganzes Jahr ambulante therapeutische Unterstützung. Vorhandene Klinikbetten dürfen nicht leer stehen, sonst werden sie möglicherweise gestrichen. Eine Klinik dagegen, die bewusst den stationären Bereich klein hält, muss die ambulante Versorgung und Krisenklärung intensiv ausbauen. Damit werden teurere stationäre Klinikaufenthalte in vielen, wenn nicht den meisten Fällen unnötig.

*Aus einer konstruktivistischen Perspektive ist eine Psychotherapie besonders wirksam, wenn die KlientInnen selbst an der Bestimmung und der Neudefinition ihres Lebens aktiv mitwirken*

### Kooperation statt Ausübung von Macht

Eine narrativ und konstruktivistisch geprägte Kinder- und Jugendpsychiatrie kultiviert einen Auseinandersetzungsstil, der mit Begriffen wie geteilte Definitionsmacht, Toleranz, Solidarität, (konstruktives) Kritisieren, Widerspruch und Neugier im positiven Sinne charakterisiert werden kann und der zu einer „kooperativen Praxis“ einlädt. Aus einer konstruktivistischen Perspektive ist eine Psychotherapie besonders wirksam, wenn die KlientInnen selbst an der Bestimmung und der Neudefinition ihres Lebens aktiv mitwirken, wenn sie ihre Ziele benennen,

ihre eigenen Lösungen vorschlagen und sich über den Therapieverlauf mit den TherapeutInnen austauschen.

Favorisiert wird eine Definition von Kooperation als Prozess, in dem alle Parteien miteinander auf gemeinsame Ziele hinarbeiten. Dabei dominiert nicht eine Sichtweise oder wird eine endgültige Einigung über das zu Erreichende angestrebt. Es geht vielmehr darum, Unterschiede zu würdigen und die Beteiligung aller sicherzustellen. Ein kooperativ ausgerichtetes Gespräch hat kein definitives Ende, jenseits dessen keine weiteren Stimmen oder Meinungen gehört werden. Kooperation wird zu einer ethischen Haltung der TherapeutInnen, sie tragen die Hauptverantwortung für die Art des Gesprächsverlaufes, nicht für den Inhalt (McNamee & Gergen 1999).

Eine Präferenz für deeskalierende Gespräche anstelle medikamentöser Ruhigstellungen oder freiheitsberaubender Not-handlungen ist ein wichtiger Bestandteil dieser kooperativen Haltung. In unserer Klinik kommt es vielleicht ein- bis dreimal im Jahr vor, dass eine Schutzmaßnahme eingeleitet wird. Zum Vergleich: In manchen Kinder- und Jugendpsychiatrien geschieht dies 70-100-mal im Jahr. Dieser Unterschied hängt möglicherweise von der Art der Krisenklärung ab. Eine Krisenklärung, die darauf ausgerichtet ist, die BehandlerInnen gegen Risiken abzusichern, greift eher zu Klinikeinweisung und pharmakologischer Rezeptur. Eine Stellungnahme zu schreiben, die einen Richter von der Notwendigkeit einer freiheitsberaubenden Maßnahme überzeugt, ist schnell erledigt und benötigt wenig Zeit und Kreativität. Es ist leichter, als die manchmal erforderlichen vielen Stunden mit Menschen in akuter Not zu verbringen, um eine Krise zu deeskalieren.

### Im Gespräch bleiben

Die Bereitschaft, mit allen ins Gespräch zu kommen, die an der Konstruktion eines Problems beteiligt sind, und mit ihnen zu kooperieren, erhöht die Erfolgchancen einer Therapie und reduziert die Notwendigkeit, Instrumente der Macht und Kontrolle anzuwenden.

In unserer Klinik finden regelmäßig Helferrunden statt und wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit Jugendämtern, BetreuerInnen aus der Jugendhilfe, PädagogInnen und ErzieherInnen.

*Im Gespräch: Alle, die zur Lösung beitragen wollen und können*

Im Rahmen der gesamten therapeutischen Tätigkeiten stehen Einzelgespräche mit einem Kind oder Jugendlichen nicht im Mittelpunkt der Behandlung. Einzelgespräche sind wichtige Komponenten einer Sozialfigur (Duttweiler 2010), verstanden als ein sozial und kulturell erwarteter Ablauf, der ein therapeutisches Gespräch konstituiert. Sie werden daher von den KlientInnen gewünscht, unabhängig davon, wie hilfreich sie in einer bestimmten Situation wirklich sind. Denn manchmal reduzieren Einzelgespräche die Vielfalt von möglichen Sichtweisen und Beschreibungen und vernachlässigen potenzielle Ressourcen.

### Bescheidenheit bewahren

Den sozialkonstruktivistischen Ansätzen zufolge ist es sinnvoller, Nutzen und Nachteile von Sichtweisen gemeinsam zu explorieren, anstatt um die wahre Sichtweise zu streiten. Wir können nicht alleine festlegen, was für einen anderen Menschen richtig, hilfreich oder nützlich ist, sondern dies besser im gemeinsamen Gespräch entwickeln. Es muss keine Bedrohung für unsere professionelle Identität bedeuten, wenn wir die Dominanz unserer eigenen Sichtweisen gegenüber denen unserer KlientInnen ablegen.

Aus sozialkonstruktivistischer Sicht ist eine kritische Haltung gegenüber jeglicher Form von hegemonialem und apodiktischem Wissensanspruch angemessen. Eine vergleichbare Haltung findet sich auch bei H.-G. Gadamer: „Am Ende wird aber gerade das Starkmachen des Anderen gegen mich selbst mir erst die eigentliche Möglichkeit des Verstehens aufschließen. Den Anderen gegen sich selbst gelten zu lassen – und von da aus sind alle meine hermeneutischen Arbeiten langsam herausgewachsen – heißt nicht nur, die Begrenztheit des eigenen Entwurfs im Prinzip anerkennen, sondern verlangt geradezu im dialogischen, kommunikativen, hermeneutischen Prozess über die eigenen Möglichkeiten hinauszukommen“ (Gadamer 1995, S. 97).

Diese Art Bescheidenheit ist auch förderlich im therapeutischen Prozess, sie hilft zu neuen Sichtweisen, erweitert unseren Horizont, ergänzt die Zahl der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, ermöglicht Überraschungen und erhöht die Chancen, dass etwas Neues, etwas noch nicht Gedachtes oder noch nicht

Gesagtes entstehen kann. Die bewusste Bereitschaft, die Beschreibungen der KlientInnen zu verstehen und gleichzeitig nicht zu schnell zu verstehen, produziert einen kommunikativen Resonanzraum, in dem auch Kritisches gesagt und gehört werden kann (vgl. Epstein & Andersen 2002).

*Ein kommunikativer Resonanzraum, in dem auch Kritisches gesagt und gehört werden kann*

### Humor

Gemeinsam mit den oben genannten fünf Merkmalen ist Humor ein wichtiger Bestandteil einer offenen, vertrauensvollen und flexiblen Gesprächskultur. Humor schafft Beziehung, Humor schafft emotionale Distanz, Humor relativiert eingefahrene Sichtweisen und Positionen, Humor schafft Toleranz, vielleicht auch Geduld und Gelassenheit. Die Fähigkeit, über sich, sein therapeutisches Dasein und die therapeutische Situation mit Humor reflektieren zu können, kann ein sehr wirksames Antidot gegen therapeutischen Interventionismus und Überheblichkeit sein.

Die in diesem Beitrag diskutierten inkludierenden und beziehungsorientierten Leitgedanken entlang der sozialkonstruktivistischen Ansätze sind sicherlich noch ergänzungsfähig. Sie können zu einer Zukunft beitragen, in der Kooperation anstatt Macht die Kinder- und Jugendpsychiatrie auszeichnet.

### Literatur

- Amundson J, Stewart K (1993) Temptations of power and certainty. *J of Marital and Family Therapy* 19(2):111-123
- Castell R (2008) Epilog. In: Castell R (Hg) *Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Vandenhoeck & Ruprecht unipress, Göttingen, S. 275-278
- Cornblatt B, Correll C (2010) A new diagnostic entity in DSM-V? In: *Medscape Psychiatry and Mental Health*. Im web unter: <http://www.medscape.com/viewarticle/727682>
- Crystal S, Olfson M, Huang C, Pincus H, Gerhard T (2009) Broadened atypical antipsychotics: safety, effectiveness, and policy challenges. *Health Affairs (Millwood)* 28:770-781
- Duttweiler S (2010) Der Therapeut. In: Moebius S, Schroer S (Hg) *Diven, Hacker, Spekulanten: Sozialfiguren der Gegenwart*. Suhrkamp, Berlin, S. 408-421
- Epstein E, Andersen T (2002) Ode an Harry. *Kontext* 33(4):318-337

*Eine kritische Haltung gegenüber jeglicher Form von hegemonialem und apodiktischem Wissensanspruch*

- Feuser G (2002) Von der Integration zur Inclusion – „Allgemeine (integrative) Pädagogik“ und Fragen der Lehrerbildung. Vortrag zur Eröffnung und anlässlich der „6. Allgemeinpädagogischen Tagung“ mit der Thematik „Von der Integration zur Inklusion – Wege einer allgemeinen, integrativen Pädagogik“ der Pädagogischen Akademie des Bundes in Niederösterreich, Baden (bei Wien) und der Heilpädagogischen Gesellschaft Niederösterreichs, am 21.03.2002 in Baden (bei Wien). Im web: <http://www.feuser.uni-bremen.de/texte/Int%20Inclusion%203%20PA%20Baden%20Artikel.pdf> [Zugriff 24.01.2011]
- Gadamer HG (1995) Hermeneutik im Rückblick (Gesammelte Werke, Bd. 10). J.C.B. Mohr, Tübingen
- Gergen K, Epstein E (2005) Von der Behandlung zum Dialog. *Familiendynamik* 30(2):184-198
- Hyman S (1999) Statement. *J of the American Medical Association* 282:2290
- McNamee S, Gergen KJ (1999) *Relational Responsibility: Resources for Sustainable Dialogue*. Thousand Oaks, CA (Sage)
- Messman T (2005) Psychopharmaka – ein Angriff auf die Menschenwürde: Interview mit Robert Whitaker. Im web unter <http://mut-zum-anderssein.de/PDF/PsychopharmakaWhitaker.pdf> [Original: *Psychiatric Drugs: An Assault on the Human Condition*. Street Spirit Interview with Robert Whitaker. Im web unter: <http://www.thestreetspirit.org/August2005/interview.htm> ] [Zugriff: 24.01.2011]
- Olfson M, Crystal S, Huang C, Gerhard T (2010) Trends in antipsychotic use by very young, privately insured children. *J of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49:13-23
- Rorty R (1992) *Kontingenz, Ironie und Solidarität*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Shaughnessey M (2005) A Conversation with Richard DeGrandpre: About Our Ritalin Nation. In: *EducationNews.org*, Im web unter: <http://www.ednews.org/articles/a-conversation-with-richard-de-grandpre-about-our-ritalin-nation.html> [Zugriff: 24.01.2011]

Dr. Eugene K. Epstein  
Theodor-Heuss-Str. 64  
26129 Oldenburg  
e-mail: [eugene.epstein@rnk-whv.de](mailto:eugene.epstein@rnk-whv.de)